

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 Juin 1893, à 2 heures

Par GALLET-DUPLESSIS,

Né à La Havane, Ile de Cuba, le 12 octobre 1864.

Ancien interne des hôpitaux de Paris,

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DE LA SYMPHYSEOTOMIE
CHEZ L'HOMME

Président : M. GUYON, professeur.

Professeur : M. MATHIAS-DUVAL.

*Agrégés : MM. { NÉLATON.
ALBARRAN.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

278

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 Juin 1893, à 2 heures

Par GALLET-DUPLESSIS,

Né à La Havane, Ile de Cuba, le 12 octobre 1864.

Ancien interne des hôpitaux de Paris,

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE
CHEZ L'HOMME

Président : M. GUYON, professeur.

Professeur : M. MATHIAS-DUVAL.

Agrégés : MM. { NÉLATON.
ALBARRAN.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		CHARCOT.
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

A MES FRÈRES ET SŒURS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON.

Membre de l'Institut.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS :

MM. LES PROFESSEURS

GUYON, GRANCHER, STRAUS.

MM. LES DOCTEURS TERRILLON, NICAISE

GÉRARD-MARCHANT, CHAPUT.

A MON CHER MAÎTRE ET AMI :

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBARRAN.

A MES CHERS AMIS :

* DE LA CALLE, DIAZ, DOMINGUEZ & LLURIA.

PRÉFACE

Au moment de quitter la France je remplis le plus agréable des devoirs en lui témoignant ici, dans la première page de mon premier travail, ma reconnaissance et mon attachement profonds. Je lui dois trop pour que ma dette puisse jamais être acquittée ; mais j'essayerai par mon affection de me rendre digne des bienfaits que j'ai reçus.

C'est à la bonté et aux encouragements de mes maîtres, c'est à l'amitié de mes camarades d'internat et à la bienveillance de tous que je dois d'avoir pu penser, lorsque j'étudiais à Paris, que je travaillais dans mon propre pays : que tous reçoivent ici l'hommage de mon affection reconnaissante.

J'adresserai tout particulièrement mes remerciements à M. le professeur Guyon qui a su me faire voir que les maîtres les plus éminents sont souvent aussi les plus indulgents envers leurs élèves ; il a droit à toute ma gratitude pour son enseignement si savant, pour sa bonté, pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous avons eu le grand honneur d'être l'externe de M. le professeur Grancher et, en le remerciant ici pour tout ce qu'il nous a appris, nous lui apportons encore le témoignage de la profonde affection que nous avons pour lui ; elle est née de la bonté, de la sollicitude constante, de l'aide qu'il nous a toujours si libéralement donnée pendant tout le cours de nos études.

M. le professeur Straus a été pour nous un maître plein de bonté : c'est à lui, c'est à ses conseils que nous devons de ne pas avoir fini nos études sans essayer du moins d'apprendre les éléments de la bactériologie trop délaissée dans nos études courantes. Nous sommes heureux de lui exprimer bien faiblement ici toute notre gratitude.

Interne de M. le professeur agrégé Terrillon, nous avons eu l'occasion d'apprendre chez lui la chirurgie abdominale comme sait l'enseigner un chirurgien partout reconnu comme un maître.

Nous avons eu l'honneur d'être l'interne de M. Nicaise et nous regrettons, d'autant plus, de n'avoir pu rester plus longtemps à ses côtés, que nous avons pu apprécier que la valeur du maître égale sa réputation.

Pendant les deux années que nous avons passées chez M. le docteur Gérard-Marchant nous avons pu apprécier ce que peut faire apprendre, ce que peut faire aimer la chirurgie un maître qui réunit à la grande culture classique qui fait l'honneur de l'Ecole de Paris, toute la har-

diesse de la chirurgie moderne. Nous ajoutons que M. Marchant fait plus encore, non seulement il sait faire aimer la chirurgie, mais il sait mieux encore se faire aimer lui-même. Nous adressons encore nos remerciements les plus sincères à tous ceux de nos maîtres dans les hôpitaux qui nous ont guidé avec tant de bienveillance pendant le cours de nos études, que MM. les docteurs Déjérine, Gaucher, Routier, Bazy, Siredey, Legendre et Queyrat, reçoivent ici l'hommage de notre reconnaissance.

Enfin nous devons des remerciements tout particuliers à M. le professeur agrégé Albarran, qui nous a toujours témoigné la plus bienveillante amitié et à qui nous devons l'idée de cette thèse.

Je dis aussi merci du fond du cœur à mes chers collègues et amis MM. Collet et Blanc qui m'ont prêté leur aimable aide dans ce travail.

INTRODUCTION

L'application à la chirurgie vésicale des méthodes antiseptiques encourageait les opérateurs dans la voie nouvelle des interventions audacieuses ; mais en ce qui concerne les tumeurs de la vessie les progrès se trouvaient arrêtés par les difficultés du diagnostic. Grâce aux beaux travaux de M. le professeur Guyon, les ressources de la clinique nous permettent aujourd'hui non seulement de diagnostiquer l'existence d'une tumeur de la vessie, mais d'en prévoir le volume, les connexions et même la nature. D'un autre côté, l'endoscopie transformée avec les travaux de Nitze et de Leiter est venue donner un caractère de précision jusqu'alors inconnu dans le diagnostic des maladies vésicales.

Timide d'abord, la chirurgie s'attaquait aux tumeurs de la vessie par les voies naturelles ou par l'incision du périnée que Thompson préconisa. La voie hypogastrique, plus large, fut ensuite adoptée par tous et les chirurgiens s'appliquèrent à perfectionner le manuel opératoire dans le but de rendre l'opération plus sûre dans

ses résultats, plus rapide dans la guérison définitive et plus aisée dans son exécution. A cet ordre d'idées se rattachent en France les travaux de M. le professeur Guyon et de ses élèves MM. Bazy et Albarran.

Mais la taille hypogastrique longtiudinale, suffisante dans un grand nombre des cas, parut dans certains autres ne pas donner un jour suffisant, pour pratiquer les extirpations de plus en plus complètes que les résultats déjà acquis autorisaient. C'est alors que naquit toute cette série de procédés opératoires qui, commençant à la taille transversale ont abouti aux récentes interventions par la symphyséotomie.

La taille hypogastrique avec incision longitudinale grâce aux fils suspenseurs, aux écarteurs de M. le professeur Guyon et Bazy, au nouveau dépresseur de Legueu (1) permet de bien inspecter toute la cavité vésicale et de manœuvrer facilement dans les deux tiers supérieurs de la vessie. Les appareils électriques éclairants tels que les pinces de Watson et le speculum de Texo rendent des services. Cette taille permet d'enlever les tumeurs pédiculées qui siègent à la partie inférieure de la vessie. Avec la taille longitudinale le col vésical et le trigone sont difficilement abordables. Trendelenbourg créa, dans le but de remédier à cet inconvénient, la taille transversale enadoptant la

(1) *Legueu*. Ann. org. génit. urin. Mai 1893.

position inclinée du malade qui appartient à Morand (1). Ce procédé permet d'explorer aisément le segment inférieur de la vessie et d'extirper les tumeurs qui s'implantent à ce niveau pourvu qu'on agisse de dedans en dehors. Toutefois la portion retro-pubienne de la face antérieure de la vessie restait toujours cachée par le pubis. C'est la symphyse pubienne qui gênait les opérateurs et nous voyons plusieurs procédés recommandés pour faire disparaître cet obstacle.

Helferich (1) fait une résection d'un segment rectangulaire de la symphyse en se servant de la gouge et du marteau. Pour cela, après avoir détaché le périoste de la symphyse, il pratique une double encoche verticale en dehors des épines du pubis. Il réunit ces deux sections verticales par une section horizontale en coupant la symphyse d'avant en arrière jusqu'à ce que le segment osseux ainsi circonscrit puisse être enlevé.

Koch (3) résèque un carré osseux au niveau du bord inférieur de la symphyse.

Bramann (2) pratique la résection temporaire de la symphyse en respectant l'insertion des muscles droits.

Enfin le retentissement produit en France par les travaux de Morisani et Spinelli sur la sym-

(1) *Albarran*, Indic. et m. opérat. de la taille transversale, p. 4.

(2) *Helferich*, Arch. fr. klin. chirurg., vol. XXXVII, p. 675.

(3) *Koch*, Berl. klin. Woch. 1888, p. 403.

(4) *Albarran*, Tumeur de la vessie, p. 37.

physeotomie, la leçon de M. le professeur Pinard (3), les expériences qu'il a entreprises avec la collaboration de M. le professeur Farabeuf et de M. Varnier font considérer cette opération comme un des meilleurs modes d'intervention dans les rétrécissements du bassin pour sauver la vie de la mère et de l'enfant. La clinique confirmant les résultats de l'expérimentation fait voir qu'on peut obtenir un écartement suffisant sans lésions des symphyses sacro-iliaques, et que la déchirure des parties molles peut être évitée en soutenant ces parties molles au moment de l'extraction du fœtus (4). Ces résultats encourageants ont donné l'idée aux chirurgiens d'utiliser la section des pubis pour faire des opérations sur la vessie.

En février 1892, Albarran publie dans son remarquable livre des « *Tumeurs de la vessie* », le résultat de ses recherches cadavériques et décrit le procédé opératoire et pose les principales indications de la symphyseotomie.

Quelques mois plus tard, M. Tuffier, dans le *Nouveau Traité de Chirurgie*, publie son procédé de symphyséotomie et parle d'un malade qu'il a opéré par ce procédé.

Nous regrettons vivement, l'observation de ce malade n'ayant pas été publiée, de ne pouvoir la donner dans notre travail, d'autant plus que nous

(3) Ann. gynécologie, février 92.

(4) Ann. gynécologie. Varnier, avril 93.

ignorons pour quelle maladie on est intervenu et le résultat de cette intervention. En rapprochant les dates nous croyons pourtant qu'il s'agit d'un cas de tuberculose urinaire mentionné incidemment par M. Gervais de Rouville.

Le 9 septembre 1892, M. Albarran a pratiqué la symphyséotomie chez un homme à qui il a réséqué, pour une tumeur, une grande portion de la vessie. Ayant eu la bonne fortune d'assister à cette opération et ayant depuis suivi ce malade, nous avons entrepris, sur le conseil de notre maître et ami Albarran, les quelques recherches consignées dans ce modeste travail.

Nous avons aussi fait des expériences sur le cadavre dans le but d'étudier les avantages de ce procédé pour aborder le réservoir urinaire et les difficultés qu'on pourrait rencontrer dans la section de la symphyse. Pour cela nous nous sommes attachés à étudier l'articulation et à bien connaître ses rapports.

Enfin en nous basant sur la seule observation que nous possédons, et en établissant un parallèle entre les diverses tailles, nous avons essayé d'étudier les avantages et les inconvénients d'une opération qui, tout en présentant des indications peu nombreuses, pourra rendre des services pour extirper complètement des tumeurs ayant envahi la région du col et qui pourra peut-être aussi présenter des avantages dans certains cas de prostatectomie.

ANATOMIE DE LA SYMPHYSE PUBIENNE SES RAPPORTS.

L'articulation des deux pubis n'existe pas chez tous les animaux ; en effet, chez la plupart des batraciens, des reptiles et quelques mammifères, dit Charpy (1), les deux pubis sont rattachés par une membrane de nature conjonctivo-musculaire appelée membrane interpubienne. La même disposition se trouve chez l'embryon humain pendant les premiers temps du développement. Plus tard les deux pubis arrivent au contact et la membrane disparaît entre eux ; sa portion inférieure persiste au contraire et forme l'aponévrose moyenne du périnée. Dans certains cas tératologiques l'état embryonnaire persiste. (Extrophie vésicale.)

D'après Boyer, l'articulation des pubis serait par sa partie antéro-inférieure une amphiarthrose, tandis que sa partie postérieure formerait une arthrodie. Dans son ensemble l'articulation serait une synarthrose.

(1) *Charpy*. Organes génit. urinaires, p. 300.

Cruveilhier la considère comme un passage entre les symphyses et les articulations mobiles, mais il montre l'analogie qui existe entre la symphyse pubienne et les articulations des corps des vertèbres.

M. le professeur Sappey (1) a parfaitement démontré que l'articulation des deux pubis est en réalité une amphiarthrose moins parfaite que celle des corps vertébraux.

Les surfaces articulaires sont constituées par les deux facettes ovalaires qui existent sur le bord interne des corps de pubis. Ces facettes à surface rugueuse mais plus inégales sur la moitié antéro-inférieure ont leur grand axe obliquement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière. Leurs bords antérieurs sont arrondis, tandis que leurs bords postérieurs sont plus saillants et débordent la face postérieure des pubis. Adossés sur la ligne médiane, ils forment avec le fibro-cartilage interarticulaire, surtout chez la femme, un bourrelet très prononcé qui, dans certains cas rares peut rétrécir le diamètre sacro-pubien (2). Ce bourrelet peut servir de point de repère pour trouver la ligne interarticulaire et atteindre l'articulation au niveau du fibro cartilage dans la symphyséotomie. La facette articulaire de chaque pubis, parallèle au plan médian en arrière, est obliquement coupée en avant aux dépens de la face antérieure de l'os ;

(1) *Sappey*. Traité d'anatomie, vol. I, p. 586.

(2) *Richet*, Anat. chirurgicale, p. 696.

en sorte que quand les deux os sont appliqués l'un contre l'autre, il existe en avant un espace triangulaire à base extérieure. Le fibro-cartilage remplit l'espace qui sépare les deux os et de par la disposition que nous venons de signaler se trouve naturellement être plus large en avant qu'en arrière. Il faut donc, lorsqu'on veut faire la symphyséotomie, attaquer l'articulation par sa partie antérieure plus large.

Chacune des deux surfaces articulaires est revêtue d'une couche de cartilage hyalin, et entre elles se trouve le fibro-cartilage interosseux. Ce fibro-cartilage est constitué par un disque fort bien étudié par M. le professeur Sappey. Présentant une épaisseur de trois millimètres, il est formé de deux portions, l'une périphérique, l'autre centrale. La portion périphérique très dure et très résistante est composée de lames concentriques dont chacune est formée par des faisceaux obliques qui s'anastomosent avec ceux des lames voisines. C'est cette portion qui donne la solidité à l'articulation. La portion centrale molle est creusée d'une cavité dont les dimensions sont plus considérables chez la femme que chez l'homme. Cette cavité augmente pendant la grossesse, ce qui rend la section beaucoup plus facile chez la femme enceinte que chez l'homme. Une lame épaisse fibro-cartilagineuse, analogue à celle qui recouvre le centre des cartilages amphiarthrodiaux, tapisse cette cavité.

Nous avons étudié ces cartilages au point de vue de l'ossification, et dans les symphyses des vieillards de 60 à 74 ans, que nous avons sectionnées, nous n'avons pas trouvé de points durs qui indiquent un commencement d'ossification ; chez tous la section a été possible avec le bistouri seul, à condition d'aborder le cartilage par la ligne médiane. Une seule fois, chez un homme de 59 ans, nous n'avons pu écarter la symphyse, après la section du fibro-cartilage que dans une étendue de deux centimètres. En examinant les surfaces sectionnées nous avons constaté dans ce cas des points très durs sur le fibro-cartilage.

L'articulation pubienne est maintenue en contact outre le fibro-cartilage par quatre ligaments périphériques.

Le ligament antérieur est formé par des fibres qui se portent obliquement de l'épine du pubis d'un côté à la face antérieure du pubis du côté opposé. Ces fibres qui forment une couche résistante adhérente au périoste, proviennent des aponevroses des muscles abdominaux et des muscles qui s'insèrent au corps du pubis. Leur section est facile.

Le ligament postérieur n'est autre que le périoste épaissi au niveau du bourrelet saillant et adhérent au fibro cartilage interosseux.

Le ligament supérieur plus épais que le postérieur est formé de même par le périoste.

Ces trois ligaments ne présentent pas d'import-

7
tance au point de vue chirurgical, le seul qui nous intéresse est le ligament inférieur, ligament triangulaire ou sous-pubien. Il doit être sectionné dans le dernier temps de la symphyséotomie et il est important de bien l'étudier. Plus fort et plus résistant que les précédents, nous lui avons trouvé une épaisseur de deux à trois millimètres. Il s'étend de la branche descendante du pubis droit à la branche descendante du pubis gauche. Sa forme est celle d'un croissant dont la concavité tournée en bas et en arrière forme l'arcade pubienne sur laquelle se réfléchit la tête de l'enfant au moment de traverser la vulve. Ce bord concave qui correspond à l'aponévrose moyenne est distant seulement de quelques millimètres du plexus veineux de Santorini, ce qui commande une grande prudence au moment de la section, une échappée du bistouri pouvant donner lieu à une hémorrhagie.

L'intervalle qui sépare le ligament inférieur du ligament supérieur, représentant la hauteur de la symphyse, est plus grand chez l'homme que chez la femme. D'après nos mensurations, il varie de quatre centimètres et demi à cinq centimètres. La distance du ligament antérieur au ligament postérieur au niveau de la partie moyenne de la symphyse a varié entre 20 et 25 millimètres.

La symphyse pubienne présente des rapports très importants à bien connaître pour celui qui veut pratiquer la symphyséotomie, et il nous faudra

surtout préciser les rapports de la face postérieure, car là se trouvent des organes importants que le bistouri devra épargner.

Pour atteindre, chez l'homme, la face antérieure de la symphyse on est obligé de traverser plusieurs couches qui se présentent au bistouri dans l'ordre suivant :

On trouve d'abord la peau recouverte des poils chez l'adulte et très mobile sur les tissus sous-jacents; elle se continue avec la peau de la verge. Le tissu cellulaire sous-cutané, moins épais que chez la femme, forme une espèce de coussinet destiné à protéger les téguments. Dans cette couche sous-cutanée rampent des vaisseaux sans importance.

Au-dessous on trouve le ligament suspenseur de la verge qui, comme on sait, fait partie de l'appareil de suspension des bourses. Il est formé par une bandelette jaunâtre qui s'attache en haut sur la ligne blanche abdominale et sur la partie antérieure de la symphyse; de là il se dirige en bas, et en arrivant sur le dos de la verge, se divise en deux moitiés qui embrassent le pénis.

Ce ligament doit être sectionné avec les parties molles pour permettre de rabattre la verge et mettre à découvert toute la face antérieure de la symphyse. C'est alors qu'en protégeant la peau avec un écarteur on peut sectionner les couches suivantes et attaquer l'articulation sans blesser la verge.

Au dessous du tissu sous-cutané, nous trouvons

un véritable carrefour aponévrotique, comme dit M. Schwartz (1), formé par des expansions tendineuses des muscles abdominaux et des muscles de la cuisse qui s'attachent au pubis.

Le pyramidal et le tendon du droit antérieur envoient une expansion aponévrotique qui s'insère à la branche descendante du pubis après s'être entrecroisée, au devant de la symphyse, avec celle qui vient du côté opposé. Enfin, nous trouvons l'extrémité du droit interne et du moyen adducteur qui s'insèrent à la partie inférieure de la symphyse. C'est cette couche aponévrotique adhérent au périoste qui forme, comme nous l'avons vu, le ligament antérieur de l'articulation des pubis.

Le bord supérieur de la symphyse donne insertion, en avant, aux tendons des droits antérieurs et, en arrière, au feuillet postérieur de la gaine des muscles droits. Ce tendon et ce feuillet ne sont pas en contact, il existe entre eux un espace ; c'est le bord supérieur de la symphyse qui forme la base de cette cavité décrite d'abord par Pauzat sous le nom d'espace sus-pubien, puis par Leusser, qui l'appelle cavité supra-pubienne, enfin par Charpy, qui lui donne le nom de fosse rétro-musculaire. Elle a été bien étudiée par Delbet à l'aide d'injections ; il a montré que le point le plus faible correspond à la gaine juste au dessus des pubis. Cette cavité, sur une coupe verticale, pré-

(1) Schwartz. Art. « Pubis » du Dict. Jaccoud, t. XXX, p. 71.

sente une forme triangulaire, à base inférieure, à sommet supérieur. Sa paroi antérieure est formée par la face postérieure du muscle droit et de son tendon, sa paroi postérieure par la gaine postérieure des muscles droits. En dehors, la cavité est fermée par l'adhérence du feuillet au bord externe des muscles droits : sur la ligne médiane, le feuillet postérieur adhère à la ligne blanche, il y aurait donc deux cavités sus-pubiennes, l'une droite et l'autre gauche.

Dans nos recherches, nous avons toujours trouvé ce petit espace qui sépare les muscles droits du feuillet postérieur de leur gaine, mais si la présence de cette petite cavité peut présenter quelque intérêt au point de vue anatomique, nous ajouterons qu'en chirurgie opératoire son importance nous paraît peu considérable.

Le bord inférieur de la symphyse correspond à l'aponévrose moyenne du périnée ou ligament de Carcassonne, appelée aussi ligament triangulaire suspenseur de l'urètre de Colles ou diaphragme uro-génital. Cette aponévrose s'attache par les bords latéraux à la lèvre interne de la branche ischio-pubienne ; par son bord postérieur elle se continue avec l'aponévrose périnéale superficielle ; par son sommet elle correspond au ligament sous-pubien. Cette aponévrose sépare la loge périnéale inférieure de la loge périnéale supérieure. Quand on écarte les deux pubis, on voit l'aponévrose moyenne se tendre fortement.

C'est pour cela qu'il ne faut écarter les pubis qu'après avoir bien coupé le ligament inférieur de l'articulation ; si on procède autrement, on est obligé de forcer ce ligament et la violence qu'on emploie peut déchirer le ligament de Carcassonne et le plexus veineux de Santorini. L'aponévrose moyenne est traversée de 15 à 18 millimètres au dessous de la symphyse par l'urètre membraneux ; elle est, en outre, traversée par les artères et les nerfs dorsaux de la verge et par la veine dorsale profonde. Entre le sommet de l'aponévrose et le ligament sous-pubien, on voit ce qu'on appelle le sinus sous-pubien, sorte de canal curviligne qui reçoit la veine dorsale profonde en avant et se déverse en arrière dans les plexus veineux de Santorini. Il n'est, en réalité, que la partie terminale de la veine dorsale profonde. Nous voyons que cette veine présente des rapports très intimes avec le bord inférieur de la symphyse : en effet, nous l'avons trouvée distante de 4 à 6 millimètres. Cependant, nous l'avons toujours évitée, parce qu'en arrivant sur le bord inférieur de la symphyse, elle se dévie un peu sur les côtés pour se déverser dans le plexus de Santorini. De là encore l'importance de faire la section sur la ligne médiane.

C'est la face postérieure de la symphyse qui présente les rapports les plus importants. En effet, par ce côté le pubis correspond à la cavité prévésicale, à la face antérieure de la vessie, à la partie antérieure de la loge prostatique.

Nous étudierons ces rapports en les divisant en deux parties, l'une située au-dessus des ligaments pubio-prostatiques qui comprend les deux tiers supérieurs de la symphyse, l'autre représentant son tiers inférieur et comprise entre les ligaments pubio-prostatiques et l'aponévrose moyenne du périnée.

Par sa partie supérieure, la symphyse correspond à la partie inférieure de la cavité prévésicale dont la conception a donné lieu à tant de travaux depuis Retzius jusqu'à Gérardin, Bouilly, Pautat, Leusser, Charpy, Delbet et Drappier.

Cette cavité est non seulement prévésicale mais aussi périvésicale.

Dans sa portion prévésicale elle est limitée en avant par la gaine postérieure des muscles droits et la partie de la face postérieure de la symphyse qui est au-dessus des ligaments pubio-vésicaux. En arrière par un mince feuillet qui, partant de l'ombilic, descend au-devant de l'ouraque et des artères ombilicales, en doublant le péritoine jusqu'au sommet de la vessie ; ce feuillet adhère aux parois de cet organe et s'insère en avant sur les ligaments pubio-prostatiques. Sur les côtés le feuillet aponévrotique descend jusqu'au plancher pelvien pour s'insérer sur l'aponévrose pelvienne. Ces insertions ont été bien étudiées par Delbet (1).

M. Charpy (2) appelle ce feuillet fascia vésical

(1) *Delbet*. Supp. pelviennes, p. 23.

(2) *Charpy*. Organes génito-urinaires, p. 62.

et d'après lui il existe, entre ce feuillet et la vessie, une couche adipeuse, épaisse surtout en bas, constituant un espace périvésical. Pour Delbet le fascia vésical adhère à la vessie formant partie de la paroi vésicale elle-même, il l'appelle, avec M. le professeur Farabeuf, aponévrose ombilico-vésicale.

La cavité prévésicale correspond en haut à l'ombilic et en bas aux ligaments pubio-prostatiques. Tout à fait à sa partie inférieure, nous avons trouvé une toile celluleuse qui va de la symphyse, en se réfléchissant sur les ligaments antérieurs de la vessie, vers la paroi antérieure du réservoir urinaire. Cette disposition qui correspond à la description donnée par Kohlrausch en 1854, ne se rencontrerait que dans certains cas d'après Delbet, et tiendrait à certaines habitudes vésicales (mictions fréquentes, ampliation fréquente et peu considérable de la vessie) (1).

Dans la portion périvésicale, la cavité de Retzius arrive jusqu'à l'échancrure sciatique. Si on fait le tour de la vessie en passant le doigt le long de ses parois latérales, on se sent arrêté au niveau du bord antérieur de cette échancrure. A ce niveau les limites de la cavité prévésicale seraient en dehors les parois du bassin, en dedans le fascia vésical.

On trouve de la graisse en quantité variable suivant l'embonpoint des sujets, dans la cavité prévésicale.

(1) *Delbet*. Loco citato, p. 28.

Quand la vessie est vide, toute sa face antérieure se trouve en rapport avec la face postérieure de la symphyse, mais à l'état de dilatation elle dépasse la symphyse de trois, quatre centimètres et même plus suivant le degré de distension. Quand on ouvre les symphyses avec la vessie dilatée elle bombe entre les lèvres de la plaie. On voit sa face lisse et brillante parcourue par des veines assez grosses; la partie inférieure seule de sa face antérieure se trouve en rapport avec la symphyse, dans une étendue de trois centimètres et demi. Nous voyons comment cette partie de la face antérieure pourra devenir accessible avec la symphyséotomie.

Le péritoine, à l'état de vacuité de la vessie, arrive souvent au niveau du bord supérieur de la symphyse tandis qu'on le voit se soulever au fur et à mesure qu'on remplit la vessie. Avec une moyenne distension nous avons trouvé un espace de trois à cinq centimètres au-dessus du pubis dépourvu du péritoine. On voit donc l'importance de dilater la vessie avant de faire la taille pour faire remonter le cul-de-sac péritonéal. D'ailleurs ce cul-de-sac se laisse soulever facilement avec le doigt. Il est toujours doublé d'une couche graisseuse qui permet de le reconnaître facilement.

Les ligaments pubio-prostatiques sont deux bandelettes qui s'étendent du col de la vessie vers la symphyse. Ils s'insèrent de chaque côté de la ligne médiane à l'union du tiers inférieur avec

les deux tiers supérieurs du pubis. Pour M. Sappey ils représentent les tendons de fibres musculaires longitudinales antérieurs de la vessie. Pour d'autres auteurs ils seraient une dépendance de l'aponévrose pelvienne supérieure qui, après avoir embrassé le col de la vessie irait se fixer à la symphyse. On trouve au dessus de ces ligaments de la graisse et ils sont unis par du tissu cellulaire de sorte qu'ils séparent la cavité prévésicale de la loge située au dessous, qui n'est autre que la loge prostatique. Etant donnée cette disposition des ligaments antérieurs, on pourrait craindre la déchirure de la vessie, car on tend ces ligaments au moment de l'écartement. Jamais dans nos expériences nous n'avons déterminé cette rupture, et nous croyons que sur une vessie saine elle n'est pas à redouter.

Au-dessous des ligaments nous trouvons le plexus veineux de Santorini.

Ce plexus est formé par des veines qui s'anastomosent dans tous les sens, formant un réseau plus développé chez l'adulte. Il correspond en avant au tiers inférieur de la symphyse et en arrière à l'urètre postérieur, et adhère à la face pubienne de la prostate. Ce plexus reçoit en avant la veine dorsale profonde de la verge comme nous l'avons déjà dit, les veines du bulbe des corps caverneux et quelques veines des parois antérieures de l'excavation pelvienne; en arrière nous voyons des veines qui viennent de la face antérieure de la

vessie. Toutes ces veines entourées des fibres musculaires lisses restent béantes à la coupe.

Ce plexus affecte donc des rapports intimes avec le tiers inférieur de la symphyse, dont il n'est séparé au niveau du bord inférieur que par une distance de quatre à cinq millimètres. On peut l'éviter en partie pendant la section en passant l'écarteur derrière la symphyse jusqu'à son bord inférieur. Mais souvent, au moment de la section du ligament inférieur, on coupe une des veines. Il se produit alors une hémorrhagie qui pourra être arrêtée par la compression. M. Schwartz (1) dit avoir rencontré souvent une veine longeant la face postérieure de la symphyse et allant au plexus. Nous n'avons pas eu l'occasion de la rencontrer. Au devant du plexus se trouve le muscle de Wilson qui a peu d'intérêt au point de vue opératoire.

Il nous reste à étudier les rapports de la prostate avec la face postérieure de la symphyse et nous connaissons ainsi, par rapport à cet os, les places respectives du col vésical d'abord, puis de l'urètre prostatique, enfin de cette portion de l'urètre membraneux sus-jacent au feuillet supérieur du ligament de Carcassone. L'opinion généralement admise, et c'est l'opinion de M. Sappey, c'est que le col vésical et par conséquent la base de la prostate se trouve à l'union du tiers infé-

(1) Schwartz, D. J., art. « Pubis », p. 71.

rieur avec les deux tiers supérieurs du pubis, à trois centimètres environ en arrière de lui. C'est ce que les mensurations faites dans chacune de nos expériences de symphyséotomie nous ont permis de constater, les pubis étant écartés et la paroi antérieure de la vessie incisée jusqu'au niveau du col. En arrière de ce col nous pouvions voir facilement le trigone avec l'ouverture des urétères à ces deux angles postérieurs et en arrière de la ligne réunissant ceux-ci une dépression qui n'était autre chose que le bas fond. Au-dessous du col nous n'avions à inciser qu'une très faible épaisseur de tissu prostatique pour découvrir la portion initiale de l'urètre.

La partie terminale de cet urètre prostatique ou plutôt l'orifice de l'urètre membraneux perforant l'aponévrose moyenne à 15 ou 18 millimètres du bord inférieur de la symphyse, on comprend qu'on peut facilement l'éviter dans le dernier temps de la symphyséotomie.

EXPÉRIENCES DE SYMPHYSÉOTOMIE CHEZ L'HOMME

Les expériences nombreuses de symphyséotomie faites par les accoucheurs, celles que M. Pinard, M. Farabeuf et M. Varnier ont faites tout dernièrement, nous montraient qu'on pouvait obtenir des écartements des pubis de 3 à 6 centimètres sans provoquer d'autres lésions qu'un simple décollement des ligaments sacro-iliaques antérieurs sans crainte de léser ni la vessie ni le péritoine. Cependant nous ne pouvions pas tirer les mêmes conclusions pour l'homme, les articulations étant tout à fait différentes dans l'un ou dans l'autre sexe. Nous savions qu'au moment de la grossesse il se produit des modifications de la symphyse pubienne et que cette articulation jouit à ce moment d'une certaine mobilité qui augmente dans les derniers temps de la gestation, comme l'ont démontré les recherches de M. Budin. Les conditions étant tout à fait différentes, nous avons voulu faire des expériences chez l'homme pour nous rendre compte des lésions qu'on pouvait provoquer sur les parties molles et

sur les articulations du bassin. Nous tenions surtout à déterminer quelles étaient les parties de la vessie qu'on mettait à découvert afin de se rendre compte si les avantages de l'élargissement du champ opératoire pouvaient être obtenus sans faire courir de grands risques aux malades. Dans ce but, nous avons pratiqué la symphyséotomie sur divers cadavres d'adultes dont l'âge variait entre trente et soixante ans. Pour faire ces opérations, nous avons suivi à peu près le procédé recommandé par M. Albarran, dans l'opération qu'il a pratiquée sur le vivant et dont nous donnons plus loin l'observation. Nous nous sommes tout particulièrement attachés, en possession des données anatomiques que nous avons exposées, à opérer dans des conditions qui rappellent les opérations sur le vivant ; nous tenions surtout à nous rendre compte d'une manière précise des avantages que la symphyséotomie pouvait nous donner pour agir sur la vessie.

Après avoir sectionné les parties molles et ouvert l'articulation suivant les règles que nous donnons dans le chapitre consacré au manuel opératoire, nous avons fait écarter par deux aides les cuisses préalablement fléchies.

Avec un écartement de quarante millimètres, la vessie étant encore fermée, on voit toute sa face antérieure se présenter dans l'incision. Le col de la vessie, la portion prostatique et la partie de

l'urètre membraneux située au-dessus de l'aponévrose moyenne sont tout à fait accessibles.

Les ligaments antérieurs de la vessie sont tendus, mais jamais assez pour produire des déchirures de la vessie. Nous croyons pourtant que si on devait agir sur des vessies à parois altérées, on pourrait, dans la crainte de voir se produire des déchirures, sectionner ces ligaments.

En divisant la vessie sur la ligne médiane on met à découvert toute la région du trigone, on voit l'orifice du col en avant et ceux des urétères en arrière.

Nous avons pu faire des resections étendues de la région du trigone en procédant de dehors en dedans, comme l'avait déjà fait M. Albarran dans ses expériences sur la symphyséotomie (1).

Toute la région retro-pubienne de la face antérieure est aisément abordable, de dedans en dehors et de dehors en dedans. C'est surtout lorsqu'on veut aborder cette partie de la vessie qu'on se rend compte des avantages de la section des pubis ; en effet, en écartant les os, elle n'est plus cachée et on peut l'atteindre complètement.

Si on prolonge l'incision de la vessie sur la portion prostatique de l'urètre, on met à découvert le verumontanum, et tous les détails de la face interne de cette portion de l'urètre.

Après avoir vu les avantages de la symphyséo-

(1) *Albarran*. Tumeurs de la vessie, p. 374.

tomie et constaté comment elle nous permet de pratiquer des résections larges de la vessie, et la facilité qu'elle donne pour aborder le réservoir de dehors en dedans, nous avons recherché dans chacune de nos expériences les lésions que nous avions produites sur les parties molles et sur les articulations voisines.

Quand on écarte les pubis sans violence, on tend l'aponévrose moyenne, et comme nous savions que le tiraillement de l'aponévrose moyenne dans les dislocations de la symphyse pouvait s'accompagner de déchirures de cette membrane et du canal qui la traverse, nous avons toujours examiné l'état de l'urètre membraneux. Malgré cette tension de l'aponévrose moyenne nous n'avons jamais produit des lésions, pas la moindre déchirure du canal à signaler.

La veine dorsale de la verge a toujours été respectée et nous croyons qu'on pourra l'éviter quoi qu'elle soit très rapprochée du ligament sous-pubien, car souvent cette veine s'incline sur un des côtés pour traverser l'aponévrose moyenne et s'éloigne ainsi du bistouri qui ne doit pas quitter la ligne médiane.

Le plexus de Santorini est plus difficile à éviter, c'est pour cela, comme nous le verrons en décrivant le manuel opératoire, qu'on doit redoubler d'attention au moment de la section du ligament sacro-pubien. Nous avons parfois blessé le plexus dans nos symphyséotomies, mais l'hémorrhagie

n'a pas été considérable. Chez le vivant on pourrait se rendre maître de cet accident avec un tamponnement à la gaze comme l'a fait Albarran chez son opéré.

Quant on écarte les pubis avec violence sans avoir sectionné complètement le ligament inférieur de l'articulation symphysienne, on arrache ce ligament et on produit des dégâts qui pourraient être évités en faisant un écartement graduel. Chaque fois que nous avons agi ainsi, sans sectionner complètement le ligament sous-pubien, nous avons produit des déchirures de l'aponévrose moyenne, des veines qui la traversent et des parties molles qui s'insèrent aux bords inférieurs des pubis. Le précepte de M. Farabeuf de ne pas être demi-symphyséotomistes chez la femme, est absolument applicable à l'homme.

Pour écarter les pubis nous nous sommes servi de l'écarteur de M. Tuffier dont il recommande (1) l'emploi aussi pour faciliter la section du tiers inférieur de la symphyse et de mettre à l'abri de tout accident du côté de l'urèthre. Mais pour bien placer cet instrument qui ressemble au desencastelleur de Charrière, il faut que les pubis aient été un peu écartés au préalable. Il devient aussi utile pour faire un écartement graduel. L'écartement nécessaire étant obtenu, l'abduction des cuisses suffit à le maintenir et on peut retirer l'écarteur

(1) Traité de chirurgie, 7 volume, p. 800.

afin de ne pas diminuer l'étendue du champ opératoire. D'ailleurs il nous a été facile, rien qu'avec l'abduction des cuisses d'obtenir un écartement des pubis très suffisant.

Nous avons toujours obtenu un écartement variant entre 35 millimètres et 45 millimètres sans provoquer du côté des symphyses sacro-iliaques autre chose qu'un léger décollement des ligaments antérieurs. Avec 40 millimètres les articulations sacro-iliaques restent souvent intactes ou on décolle incomplètement un seul des ligaments antérieurs.

Si l'on veut augmenter la distance entre les deux pubis on peut arriver à six centimètres comme nous l'avons fait. Mais en agissant ainsi, on décolle tout à fait les ligaments antérieurs et les articulations sacro-iliaques baillent complètement.

Nous pensons qu'il sera toujours prudent de rester à 40 ou 45 millimètres, écartement qu'on obtient sans faire de violence, sans produire des dégâts et qui suffit largement pour manœuvrer à l'aise, même lorsqu'on veut faire des résections étendues des parois vésicales.

Dans une seule de nos expériences (1) il nous a été impossible d'écarter les pubis au delà de deux centimètres. Nous croyons qu'il s'agit là d'un cas exceptionnel et nous n'avons pas trouvé une déformation du bassin qui pût nous l'expliquer. Nous avons seulement trouvé des points durs au niveau

(1) Expérience III.

du fibro-cartilage inter-articulaire, mais nous n'avons pas pu examiner l'état des symphyses sacro-iliaques. Cette tendance à l'ossification nous ne l'avons pas rencontrée sur des cadavres beaucoup plus âgés chez lesquels nous avons pu ouvrir la symphyse avec l'aide seule du bistouri.

Quand après avoir opéré sur la vessie par cette voie, on ramène les cuisses en extension et adduction, les pubis reviennent presque au contact, et la large brèche faite par la symphyséotomie disparaît presque complètement.

MANUEL OPÉRATOIRE DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

Pour faire la symphyséotomie chez le vivant, on doit prendre les mêmes précautions que pour la taille hypogastrique.

Les malades seront purgés la veille et prendront un lavement le jour de l'opération. On les placera alors dans le décubitus dorsal et, une fois endormis, on procédera au lavage de la vessie comme on le pratique à l'école de Necker. On passe au malade une sonde métallique qu'on fixe à la verge par un tube en caoutchouc. On fait passer de l'eau boriquée dans la vessie jusqu'à ce qu'elle revienne tout-à-fait claire et alors on introduit dans la vessie cent cinquante grammes d'une solution de sublimé à un pour trois mille.

La symphyséotomie étant une opération plus sérieuse, plus traumatisante pour ainsi dire que les tailles ordinaires, les précautions antiseptiques devront être très rigoureusement prises. On agit sur une articulation, on risque de blesser quelques veines largement béantes, et toujours après l'opé-

ration on se trouvera en présence de décollements étendus. D'un autre côté, lorsque l'opération est indiquée on aura presque toujours affaire à une vessie infectée, qui si elle n'est pas très soigneusement lavée, pourra contaminer la plaie opératoire.

La vessie lavée on fera introduire le ballon de Petersen par un aide qui ne prendra pas part à l'opération. Pour éviter que le ballon ait de la tendance à sortir il faut placer au dessus du sphincter de l'anus le point d'union du globe et du tube qui lui fait suite. Quoiqu'il soit facile de refouler le péritoine sans se servir du ballon, lorsqu'on pratique chez l'homme la symphyséotomie, l'emploi de l'instrument de Petersen nous paraît une utile précaution. La vessie apparaît plus nettement, la séreuse se décolle mieux et, lorsque la symphyse étant ouverte, on incise la vessie, le bistouri entame une paroi tendue au lieu d'une paroi flasque. J'ajouterai encore que lorsqu'il s'agit d'une tumeur il n'est pas inutile, pour éviter une hémorrhagie gênante d'avoir, entre le néoplasme et la paroi qu'on sectionne, une couche de liquide.

Ce ballon étant placé, il faut le distendre avec trois cents grammes de liquide, on peut encore ajouter dans la vessie, dans les cas moyens, cent cinquante grammes de la solution de sublimé au 1/3000. Le réservoir urinaire distendu est alors facile à sentir à travers la paroi abdominale. Il est inutile de pousser plus loin la distension

qui pourrait exposer à des ruptures de la vessie.

Le champ opératoire déjà rasé et bien aseptisé, le chirurgien se placera à droite du malade.

L'incision doit commencer à trois travers de doigt au dessus de la symphyse et se terminer en bas au niveau de la racine de la verge. On pourra faire tomber sur l'extrémité inférieure de cette incision deux autres plus petites d'un centimètre de longueur représentant les deux branches d'un Y renversé comme le conseille M. Albarran, ou simplement prolonger l'incision en passant sur un des côtés de la verge.

En agrandissant ainsi l'incision on évite de déchirer la peau lorsqu'on écarte les pubis, ou de la couper de nouveau dans la suite de l'opération lorsqu'elle se trouve tendue en bas entre les os écartés.

La section des parties molles au devant de la symphyse doit être faite en plusieurs temps. Il faut diviser après la peau, les couches sous cutanées jusqu'aux aponévroses. Le ligament suspenseur coupé on pourra écarter la peau en rabattant la verge, et sectionner les tissus aponévrotiques jusqu'à l'os, qu'il faudra mettre à découvert.

Au dessus de la symphyse on doit aussi sectionner, couche par couche, sur la ligne médiane, l'aponévrose, les muscles pyramidaux et les muscles droits. Ces muscles écartés on tombe sur le feuillet postérieur de la gaine des muscles droits

qu'on sectionne. On doit à ce moment laisser le bistouri et avec le doigt, comme l'a conseillé notre maître, M. le professeur Guyon, refouler le cul-de-sac du péritoine et la graisse qui le double.

Le péritoine ayant été refoulé il faut séparer la face antérieure de la vessie des os du pubis en glissant le doigt derrière la symphyse. On peut alors passer un écarteur à courte branche et le faire pénétrer jusqu'au bord inférieur des os du pubis. Cet écarteur est très utile, il va protéger la face antérieure de la vessie et le plexus veineux de Santorini.

Un aide tiendra cet écarteur d'une main et de l'autre un deuxième écarteur qui abaissera la verge et permettra au chirurgien d'attaquer l'articulation.

Pour sectionner la symphyse on se servira d'un bistouri à lame courte et résistante. On doit chercher la partie médiane de l'articulation en se guidant sur le bourrelet saillant de la face postérieure sur lequel nous avons insisté. Il nous est arrivé dans notre deuxième expérience de symphyséotomie de ne pas pouvoir terminer la section avec le bistouri et d'être obligé de nous servir du ciseau et du maillet. Cette difficulté opératoire était due à ce que nous avions entrepris la section sur la limite latérale droite du fibro-cartilage. En sectionnant sur la ligne médiane nous avons, dans nos autres expériences, évité cette complication.

La section de l'articulation doit être faite par petits

coups surtout à la partie inférieure, au moment où on coupe le ligament sous-pubien. Pour la faciliter on doit faire fléchir les cuisses du malade par deux aides et leur dire de les écarter graduellement, on voit alors l'articulation s'entr'ouvrir légèrement par sa partie supérieure et on peut terminer facilement la section du ligament inférieur. Nous avons déjà dit comment il faut redoubler d'attention à ce moment pour ne pas sectionner le plexus veineux de Santorini située immédiatement au-dessus; il nous est arrivé quelquefois de le blesser.

Une fois qu'on s'est assuré avec le doigt que l'articulation est complètement ouverte on dira aux aides d'écarter les cuisses graduellement sans tirer trop fort. Avec une pression soutenue on arrivera à 40 millimètres d'écartement sans provoquer des déchirures. Cet écartement nous a paru toujours suffisant, mais au besoin on peut, sans grand danger, le porter à 45 millimètres.

Parfois les tissus fibreux tendus entre les deux pubis s'opposent à l'écartement, il suffira de faire des petites sections de chaque côté.

Nous avons déjà dit comment la vessie devenait abordable après cet écartement des deux pubis, et comment ce même écartement rend faciles les résections étendues de la vessie.

L'intervention sur la vessie faite, on doit procéder à la suture de ses parois suivant le procédé recommandé par M. Albarran. Cet auteur pratique deux

plans de sutures, le premier plan est fait avec du catgut et comprend une série de points distants les uns des autres de huit à dix millimètres. Chaque fil enfoncé à trois millimètres du bord de la plaie traverse toutes les couches de la paroi vésicale. Ce plan de sutures posé il en fait un second avec de la soie et alors il ne prend pas la muqueuse comme dans la suture de Lembert. Si l'on fait cette suture totale de la vessie il faut placer à demeure une sonde de de Pezzer ou de Malecot. Nous savons aujourd'hui, comme l'a démontré notre maître, M. Albarran que la suture totale de la vessie peut être faite même dans une vessie infectée, qu'elle ne reconnaît que deux contre-indications principales qui sont : les modifications trop profondes de la paroi telles que leur sclérose totale, et la crainte d'une hémorrhagie, dans ces cas il faudra drainer (1).

Quand on devra avoir recours au drainage il faudra suturer en bas la plaie vésicale et introduire dans la vessie les tubes siphons de M. Guyon, de façon à ce que leur extrémité vienne affleurer le trigone. Une fois les tubes en place on finit de suturer la vessie au-dessus et au-dessous, ne laissant ouverte que la boutonnière à travers laquelle passent les tubes.

Enfin il faudra ramener les cuisses du malade en extension et adduction et les deux parties reviendront presque au contact.

(1) Sorel. Thèse de Paris, p.22.

On pourra faire la suture osseuse avec des fils d'argent, et nous croyons que cela sera une utile précaution pour assurer la consolidation, quoique la plupart des accoucheurs se contentent de la suture des parties molles et obtiennent une consolidation complète du bassin.

On pourra avoir des hémorrhagies par (lésion) du plexus de Santorini, mais il sera facile de s'en rendre maître avec un bon tamponnement à la gaze iodoformée, comme l'a fait Albarran chez son opéré. Nous croyons qu'il sera toujours utile de drainer derrière la symphyse avec la gaze, étant donné le décollement qu'on est obligé de faire à ce niveau.

La suture des parties molles sera faite comme le conseille M. Guyon, par étage pour les muscles, l'aponévrose et la peau.

La suture faite, on finira le pansement avec un bandage de corps, qui, en soutenant le bassin maintiendra les pubis au contact. On placera le malade dans la gouttière de Bonnet, on pourra même appliquer le compresseur iliaque de Varnier (1).

(1) Varnier. Ann. gynécol. 1893.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE LA SYMPHYSÉOTOMIE, SES INDICATIONS

Nous avons vu que, sur le cadavre, la symphyséotomie est une opération facile, donnant beaucoup de jour. La région du col et le trigone sont facilement abordables. Nous n'avons pas constaté de lésions ni dans l'urètre ni dans les symphyses sacro-iliaques. Quand on ne dépasse pas cinq centimètres on provoque seulement de légers décollements des ligaments sacro-iliaques antérieurs.

Sur le vivant, nous n'avons qu'un seul document complet, l'observation de M. Albarran qui nous montre les mêmes avantages ; elle nous renseigne sur les suites opératoires qui furent très simples à part cette petite fistulette qui dura un mois et demi. Nous avons vu ce malade le 6 juin 1893, c'est-à-dire 9 mois après l'opération, et nous avons pu constater son parfait état. En ce qui regarde la facilité pour marcher, nous rappellerons que déjà, il y a plusieurs mois, ce malade pouvait, sans aucune gêne, faire le trajet à pied

d'Asnières à Paris. Cette observation vient donc confirmer ce que les accoucheurs ont constaté au point de vue de la démarche ultérieure des malades.

Dans ce cas tout s'est bien passé, mais *a priori* nous pouvons dire que la symphyséotomie est une opération plus grave que la simple taille.

Les documents des accoucheurs ne peuvent nous servir pour juger la symphyséotomie chez l'homme. D'abord les femmes opérées par eux présentent des articulations particulières. La grossesse imprime des modifications sur les fibro-cartilages de la symphyse et l'articulation présente des changements qui rendent la section plus facile. Chez la femme la symphyséotomie constitue à elle seule l'acte opératoire ; le bassin élargi permet la sortie spontanée ou provoquée du fœtus. Chez l'homme, au contraire, la section de la symphyse pubienne ne représente que le temps préliminaire d'une intervention grave sur la vessie. Il faudra tenir compte de ce fait pour ne pas imputer à la symphyséotomie ce qui revient à la résection vésicale. Il est indiscutable que la symphyséotomie augmente le traumatisme, allonge l'acte opératoire en le rendant plus grave et que la guérison du malade doit être, même dans les cas les plus favorables, notablement plus longue que dans les tailles ordinaires (1).

(1) *Albarran*. Note sur un cas de symphyséotomie chez l'homme.

Nous pensons qu'étant plus grave, plus longue à guérir que la taille, elle ne doit être justifiée que dans certains cas particuliers.

Etudions les différents modes d'aborder la vessie pour voir dans quel cas on sera obligé d'ouvrir la symphyse et d'écarter les pubis.

La taille longitudinale, malgré les fils suspenseurs et les écarteurs (1) qui permettent de bien voir toute la vessie, laisse encore certaines régions assez éloignées. Le trigone et le col restent peu abordables de dedans en dehors, mais c'est surtout la portion retro-pubienne de la vessie qui reste toujours cachée.

Avec la taille longitudinale il n'est pas possible d'agir sur la vessie de dehors en dedans, pour faire de grandes résections sauf dans les deux tiers supérieurs de cet organe, c'est-à-dire sur la partie du réservoir urinaire qui est située au dessus des pubis. Chez les enfants la vessie remonte plus haut dans l'abdomen, et les muscles droits sont plus étroits que chez les adultes. Ces deux circonstances qui rendent la taille longitudinale beaucoup plus facile doivent nous la faire préférer chez eux en thèse générale (1).

Le manuel opératoire de cette taille, beaucoup plus simple, n'exigeant pas la section des muscles droits, se contentant de les écarter, doit la faire

(2) *Leguén*. Annales des organes génito-urinaires. Mai '893.

(1) *Albarran*. Man. opér. et indications de la taille hypogastrique transversale, p. 15.

considérer comme l'opération de choix quand il s'agira de l'extraction de calculs ou de corps étrangers de la vessie.

La taille transversale déjà indiquée par Ledran (2) et que les efforts de Trendelenbourg ont fait entrer dans la chirurgie vésicale, permet de mieux voir la cavité de la vessie.

Dans cette taille il faut faire une incision au-dessus de la symphyse, dont les extrémités en forme de croissant se relèvent en dedans des orifices inguinaux externes, pour sectionner après les muscles droits transversalement. Le malade doit être placé dans la position de Morand-Trendelenbourg, qui du reste ne doit pas être considérée comme spéciale à la taille transversale, elle rend des services utiles dans la taille longitudinale.

Avec la section transversale de la vessie il est incontestable que sa cavité se présente plus facilement à l'exploration, et surtout les parties qui avoisinent le col, c'est-à-dire le trigone et la partie de la face antérieure de la vessie située derrière le pubis. Les manœuvres qu'on peut faire dans ces régions telles que le cathétérisme des urétères deviennent très faciles. Les prostatectomies pour l'extirpation du lobe moyen de la prostate, les résections des parois de la vessie pour des tumeurs implantées sur la région du trigone, pourvu qu'on opère de dedans en dehors, sont rendues beaucoup

(2) *Armand*. Thèse de doctorat.

plus aisées qu'avec la taille hypogastrique avec section longitudinale de la vessie. Elle doit lui être préférée dans ces cas, mais elle laisse encore à désirer quand il s'agit d'aborder les mêmes régions de dehors en dedans. La partie rétro-pubienne de la face antérieure reste toujours difficile à atteindre.

On a reproché à la taille transversale la possibilité de donner lieu à des éventrations. Les muscles droits étant sectionnés transversalement sont difficiles à suturer et la paroi abdominale reste faible à ce niveau. Les faits cliniques ont démontré que cela survenait assez souvent, comme le démontrent plusieurs observations. Pourtant avec le procédé de suture recommandé par Albarran, les muscles droits tiennent très bien, et cet auteur dit qu'il a toujours obtenu une réunion musculaire parfaite (1). La crainte de l'éventration ne doit pas nous faire abandonner ce procédé si avantageux pour les interventions dans la vessie.

La blessure du péritoine est complètement évitée avec la taille transversale. Mais ce n'est pas une supériorité sur la taille longitudinale, nous avons vu qu'avec la dilatation de la vessie et la précaution de refouler le péritoine avec le doigt on pouvait l'éviter toujours. Pourtant, dans certains cas bien étudiés par Albarran dans son travail sur la taille hypogastrique transversale, ce danger existe

(1) *Albarran*. Manuel opératoire et indications de la taille hypogastrique transversale, p. 8.

réellement et doit faire donner la préférence à la section transversale de la vessie. En effet, il existe une altération considérable des parois de la vessie, si on faisait la distension, on s'exposerait à des déchirures. Enfin, parfois on peut trouver des adhérences du cul-de-sac du péritoine qui le fixent immédiatement au-dessus du pubis. Dans ces deux cas le péritoine ne pourra pas être soulevé et on s'expose à l'ouvrir en faisant la taille longitudinale. La taille transversale, outre les cas où nous avons donné la préférence à la taille longitudinale sera contre-indiquée lorsqu'il existe une hernie inguinale double. La crainte des accidents empêchera de sectionner complètement les muscles droits et les avantages de la section transversale disparaîtront.

Pour pouvoir aborder la portion rétro-pubienne de la vessie et faciliter les manœuvres dans les résections larges, nous voyons recommandés plusieurs procédés qui ont pour but de réséquer une partie des os du pubis.

Helferich le premier fait une résection partielle de la partie supérieure de la symphyse, comme nous l'avons déjà dit

Le procédé de Koch (1), beaucoup plus compliqué, consiste à réséquer un carré sur le bord inférieur de la symphyse.

Bramann découvre la vessie par une incision

(1) Berl. klin. Woch., 1888, p. 403.

médiane à laquelle on ajoute une autre incision transversale sur la symphyse, il enlève ensuite, au ciseau, un segment rectangulaire de la symphyse en ayant soin de ne pas compromettre l'insertion des muscles droits et on sectionne ensuite sur la ligne médiane le fragment, ce qui permet d'écarter les muscles (1).

Le procédé de Helferich nous paraît inférieur à la symphyséotomie, car en augmentant le traumatisme opératoire comme elle, il ne nous donne pas un jour aussi suffisant. Dans la résection pubienne, comme dans la symphyséotomie, on s'adresse aux parties osseuses du bassin et puisqu'on augmente le transmatisme de la taille, mieux vaut avoir recours à la section de l'articulation qui donne un jour beaucoup plus large.

Le procédé de Koch dont le manuel opératoire est plus compliqué permet d'aborder le trigone mais le champ opératoire n'est pas aussi large que dans la résection supérieure des pubis ou dans la symphyséotomie. Il ne nous présente donc aucun avantage et doit être à notre avis complètement rejeté.

Bramann. en réséquant l'os et le sectionnant après au niveau de la ligne médiane, ne fait qu'une symphyséotomie incomplète et plus compliquée, il vaudra autant et mieux ne pas réséquer l'os et faire la section complète de la symphyse ;

(1) Albarran. Tumeurs de la vessie, p. 338.

on évite ainsi cette complication inutile d'une section osseuse, surajoutée à l'ouverture de l'articulation.

Nous avons vu que la symphyséotomie permet d'aborder la vessie complètement, mais elle doit être considérée comme inutile dans tous les cas où la taille longitudinale ou transversale suffiront, nous avons vu par l'étude que nous venons de faire de ces tailles, qu'on peut s'en contenter : 1° dans tous les cas où il s'agira d'aborder la vessie de dedans en dehors, excepté pour la partie rétro-pubienne de la face antérieure ; 2° toutes les fois qu'on fera des résections de dehors en dedans sur les parties des parois vésicales, situées au dessus des pubis. Nous avons vu dans quel cas on doit donner la préférence à la taille longitudinale sur la taille transversale, et comment la première est préférable pour opérer sur les deux tiers supérieurs de la vessie, la seconde pour manœuvrer sur la région du trigone.

Lorsqu'au contraire on voudra faire de grandes résections des parois vésicales ou opérer sur la portion rétro-pubienne de la face antérieure de la vessie, la symphyséotomie sera utile même nécessaire.

Dans ces cas même il pourra encore y avoir des contre-indications.

Ce sont les mêmes contre-indications de la cure radicale des tumeurs de la vessie étudiées par

(1) *Albarran* Tumeurs de la vessie, p. 404.

Albarran (1). Il nous montre que quand les ganglions sont envahis ou lorsque localement les parois de la vessie sont largement infiltrées par la tumeur, de même que lorsqu'il y a propagation de la tumeur aux organes voisins, l'opération radicale ne peut réussir. Dans ces cas il vaut mieux s'en tenir aux opérations palliatives et ne pas tenter ces opérations radicales dont les résultats éphémères ne compenseront les risques de mort et ne justifieront pas l'intervention.

Nous insisterons sur la grande importance de faire un diagnostic précis pour pouvoir poser nettement l'indication de tel ou tel procédé, et dans les cas douteux, il vaudra mieux faire la taille simple d'abord, quitte à sectionner la symphyse quand les besoins de l'intervention exigeront l'élargissement du champ opératoire. On pourra alors combiner avec la taille longitudinale ou transversale, la section du pubis, qui deviendra un dernier temps de ces deux tailles dont le chirurgien pourra se servir quand l'étendue de la tumeur vésicale exigera une résection étendue des parois vésicales.

La symphyséotomie a été appliquée par M. Tuffier dans un cas de tuberculose vésicale. Voici les seuls renseignements que nous possédons sur cette observation. Dans sa revue sur l'intervention chirurgicale dans l'hyperthrophie de la prostate, M. Gervais de Rouville s'exprime ainsi en parlant de la symphyséotomie : « Le premier,

chez nous, notre maître M. Tuffier en a fait une application chirurgicale le 11 février 1892, à l'hôpital Beaujon, et dans le cas de tuberculose vésicale où il a pratiqué la symphyséotomie, les manœuvres ont été, de ce fait, singulièrement facilitées » (1). L'auteur ne dit pas quel a été le résultat opératoire de cette intervention.

Il nous est impossible sur ces quelques lignes de porter un jugement sur la valeur de la symphyséotomie dans la tuberculose vésicale. Nous avons souvent vu pratiquer par notre maître M. Guyon et par M. Albarran le curettage ou l'excision de la muqueuse vésicale dans certains cas de tuberculose et M. Vigneron rendait compte au dernier congrès de chirurgie des résultats de ces interventions. Toujours, nous avons vu la taille longitudinale être largement suffisante pour permettre d'opérer non seulement d'une manière complète mais encore commodément. Quelque étendue que doive être l'intervention chirurgicale dans un cas de tuberculose vésicale, il nous semble que la taille longitudinale, en somme la plus simple, sera suffisante. On opère en effet, dans ces cas, de dedans en dehors et lorsqu'on dispose bien les fils suspenseurs de M. Guyon, et les écarteurs spéciaux, on voit toute la surface interne de la vessie, en sorte que la vue suit l'action de la curette

(1) De l'intervention chirurgicale dans l'hypertrophie de la prostate, par Gervais de Rouville. *Gazette des hôpitaux*, 10 juin 1893.

ou des ciseaux lorsqu'on veut enlever des lambeaux de la muqueuse malade. Nous ne savons pas si la résection de la vessie a été faite pour guérir la tuberculose dont les lésions trop mal circonscrites, trop peu appréciables même, au simple examen microscopique, interdisent une intervention aussi sérieuse. Même lorsque la tuberculose paraît limitée, ce qui est fort rare, les bénéfices d'une résection n'en compenseraient pas les risques. Or, c'est lorsqu'on veut réséquer les parties de la vessie qui sont cachées par l'auvent pubien que la symphyséotomie peut et doit trouver son indication. Nous ne pensons donc pas *à priori*, et nous ne pouvons juger autrement par absence de documents que la symphyséotomie trouve son indication dans la tuberculose vésicale.

Les avantages de la symphyséotomie pour les interventions sur la prostate ne nous arrêteront pas longtemps.

Nous ne reconnaissons comme bien établie que l'indication d'extirper le lobe moyen lorsque son volume représente un obstacle mécanique considérable et qu'en même temps on a bien déterminé que la force contractile de la vessie est conservée à un degré suffisant. Dans ces cas, c'est-à-dire pour extirper le lobe moyen, la symphyséotomie donnerait assurément une grande facilité opératoire, mais on peut opérer fort bien en ayant recours à la taille transversale.

Dernièrement nous avons vu M. Albarran extirper aisément un grand lobe médian, gros comme une noix, par la taille transversale.

Si en agissant sur la prostate on est trop gêné pour opérer, ou si on voulait faire une intervention très étendue, la symphyséotomie pourra toujours être une grande ressource. L'avenir prononcera.

OBSERVATION

Communiquée par M. ALBARRAN.

D..., âgé de 31 ans. Lorsque M. Rigal nous l'adressa, en avril 1890, il se plaignait déjà depuis trois ans de phénomènes de cystite intense et d'hématurie qui avaient fait penser à M. Rigal que ce malade, très anémié et amaigri, pouvait être atteint de tuberculose urinaire. L'examen cystoscopique nous permit de diagnostiquer un néoplasme pédiculé implanté en dehors de l'urètre gauche que M. le professeur Guyon extirpa par la taille hypogastrique le 28 août 1890. Quoique la tumeur fût assez considérable (elle pesait 64 grammes), la guérison survint sans encombre et si rapidement que la plaie vésicale, sur laquelle on avait pratiqué la suture partielle, se ferma le 14^e jour. L'examen histologique nous montra un épithélioma papillaire pavimenteux, et nous gardâmes quelques doutes au sujet de la guérison définitive.

Un an après cette première opération, ayant, dans l'intervalle, bénéficié d'un état local et général parfait, le malade vint nous consulter pour une nouvelle hématurie, et l'examen cystoscopique nous permit de constater l'existence d'une petite tumeur siégeant sur le côté gauche de la vessie, entre le col et l'urètre correspondant. M. Guyon et moi nous engageâmes le malade à se faire opérer de nouveau, mais il ne se décida à une nouvelle intervention que deux ans et cinq mois après sa première opération, lorsque la fréquence et l'abondance des hématuries l'eurent

effrayé. C'était en septembre 1892, alors que pendant les vacances je suppléais mon maître.

Je fis un nouvel examen au cystoscope et je pus constater le développement acquis par la tumeur. En avant la masse néoplasique touchait presque le col ; en arrière elle cachait l'orifice urétéral, impossible à découvrir ; en dedans le néoplasme atteignait le bord du trigone et il paraissait s'étendre en dehors dans une étendue de 3 à 4 centimètres. La tumeur présentait l'aspect des épithéliomas sessiles et, autant que le palper combiné pouvait me renseigner sur ce point, la paroi vésicale n'était pas profondément envahie.

Je soumis le cas à M. Guyon, et, comme il s'agissait d'un homme de 31 ans, ayant conservé au point de vue de l'état général le bénéfice complet de la première opération, il fut convenu que je pratiquerais une large ablation à l'aide de la symphyséotomie pour mettre le malade à l'abri des récidives. Il fallait pour cela extirper complètement le néoplasme et la portion de la paroi vésicale sur laquelle il s'implantait ; il fallait même prévoir la nécessité de greffer l'urètre gauche sur un point de la paroi vésicale ; or, étant donné le siège de la tumeur, il était évident que la taille suspubienne longitudinale ou transversale ne pouvait donner qu'une voie insuffisante pour pratiquer le plan conçu.

Ces raisons me conduisirent à pratiquer la symphyséotomie en suivant le plan opératoire que j'avais décrit d'après mes expériences cadavériques et que je n'avais pas encore appliqué, n'ayant pas trouvé chez mes malades les indications nettes qui justifient l'opération. Mon collègue Varnier, élève de M. Pinard, à qui l'on doit la renaissance de la symphyséotomie en France, me prêta son obligeant concours.

L'opération fut pratiquée le 9 septembre 1892. Je commençai, comme nous le faisons d'habitude, par bien laver la vessie avec de l'eau boriquée à 4 0/0, puis avec une solution de sublimé au 1 pour 3000 ; je retirai alors la sonde qui avait servi pour le lavage, en laissant dans la vessie 300 grammes de la solution de sublimé, et je fis introduire dans le rectum un ballon de Petersen.

L'incision longitudinale commença à 3 travers de doigt au-dessus du pubis pour se terminer sur le pénis à un centimètre en deçà de sa racine ; sur l'extrémité inférieure de cette incision je fis tomber deux autres petites incisions d'un centimètre de longueur représentant les deux branches d'un Y, dans le but d'éviter la déchirure de la peau lorsque la symphyse serait écartée. Ayant sectionné le tissu fibreux de l'ancienne cicatrice jusqu'à l'aponévrose et toutes les parties molles au-devant du pubis, je séparai soigneusement le pénis jusqu'à bien sentir avec mon doigt le bord inférieur de la symphyse. Je sectionnai alors, comme à l'ordinaire, la paroi abdominale et je dégageai la face antérieure de la vessie sans que la cicatrice de l'ancienne taille me gênât en rien ; l'index de la main gauche étant enfoncé derrière le pubis jusqu'à bien sentir son bord inférieur, je glissai sur lui un écarteur à courte branche qui se trouva ainsi placé entre la symphyse et la vessie et protégeait cet organe. Je sectionnai alors avec un fort bistouri, de haut en bas et d'avant en arrière, le fibrocartilage de l'articulation, mais il ne me fut possible de terminer la section qu'avec l'aide du ciseau et du marteau. Les cuisses du malade furent en ce moment placées dans la flexion et on commença à les écarter graduellement, pendant que le bistouri sectionnait quelques brides qui résistaient. Très facilement on obtint ainsi, entre les deux

pubis, un écartement de 42 millimètres, toute la face antérieure de la vessie se trouva largement découverte et je pus faire avec une très grande facilité la résection de la vessie.

J'incisai d'abord longitudinalement la vessie, commençant mon incision placée à un centimètre à gauche de la ligne médiane, un peu au-dessus du bord du pubis, pour la terminer auprès du col. Les bords de la plaie écartés je vis le néoplasme formant une masse de la grosseur d'une mandarine saillante dans la cavité vésicale ; la masse du néoplasme m'empêchait de bien voir son point d'implantation, mais je savais par expérience que les tumeurs papillaires saillantes dans la vessie ne saignent guère lorsqu'on ne s'attaque pas à leur pédicule, et, suivant en cela la pratique de M. Guyon, je sectionnai toute la portion saillante de la tumeur pour me donner du jour.

Cette abrasion de la plus grande partie de la masse néoplasique me permit de constater qu'il y avait deux tumeurs ; l'une pédiculée, venait s'insérer à 1 cent. 1/2 du col de la vessie sur sa partie latérale gauche ; séparée de cette première tumeur par un pont fort étroit de tissus sains se voyait la large implantation du néoplasme principal. Celle-ci s'avancait en arrière, passant à 2 cent. en dehors de l'uretère, dans une étendue de 3 cent. et venait en avant et en dedans, contourner la paroi latérale de la vessie pour affleurer à quelques millimètres près l'incision longitudinale que j'avais faite au réservoir.

En m'aidant du bistouri et des ciseaux, je réséquai alors dans toute son épaisseur la portion de la vessie sur laquelle s'implantaient les tumeurs en ayant grand soin de passer à un centimètre au delà des néoplasmes. J'enlevai ainsi un segment trapézoïdal de la vessie ayant

6 centimètres de longueur et 4 cent. en largeur ; le grand côté du trapèze correspondait à l'incision primitive de la vessie, son petit côté effleurait le trigone et son bord antérieur se trouvait à un centimètre en arrière du col. Je procédai alors à la suture complète de la vessie en commençant près du trigone pour finir vers la partie antérieure ; partout je pratiquai deux plans de sutures, un profond au catgut, et un autre plan superficiel à la manière de Lambert, avec du fil de soie. Pour les premiers points les plus postérieurs, je fus obligé de nouer les fils de catgut dans l'intérieur de la vessie, mais, une fois la suture commencée, il me fut facile de nouer tous les points en dehors du côté de la couche musculaire de l'organe. Avant de fermer complètement la vessie je m'assurai qu'il n'y avait plus de saignement et je plaçai à demeure une sonde de de Pezzer.

Lorsque la vessie fut complètement fermée, je fis étendre et placer dans l'adduction les cuisses du malade ; les deux pubis revinrent alors presque au contact faisant disparaître la large brèche de la symphyséotomie. En ce moment survint une hémorrhagie veineuse due au plexus de Santorini dont je me rendis aisément maître avec une mèche de gaze iodoformée placée entre les pubis et la vessie, je mis aussi une autre lanière de la même gaze en avant du pubis et je procédai aux sutures de la paroi abdominale : la plaie cutanée fut ensuite réunie en laissant deux orifices pour le passage de deux lanières de gaze pré et rétro publiennes.

Le pansement fut maintenu par un bandage de corps fortement serré et le malade placé dans une gouttière de Bonnet.

Les suites opératoires furent au début très simples ; la

température resta normale et lorsque le deuxième jour j'enlevai les mèches de gaze iodoformée, la plaie était dans un état parfait. Huit jours après l'opération, le pansement se trouva un peu mouillé par l'urine et comme la sonde à demeure ne fonctionnait plus très bien, je fus obligé de la retirer en la remplaçant par une sonde de Nélaton ; dans ce pansement je fis de petits lavages vésicaux et je constatais que le liquide revenait, quoiqu'en petite quantité, par l'orifice qui avait donné passage à la mèche de gaze pré-pubienne. Dix-sept jours après l'opération la gouttière de Bonnet fut supprimée et à ce moment la vessie paraissait complètement fermée, mais six jours après, la sonde s'étant bouchée, le pansement fut de nouveau mouillé, et il persista une petite fistule qui se ferma définitivement le 28 octobre, un mois et demi après l'opération. A partir de ce moment la plaie bourgeonna bien et se cicatrisa en laissant la petite cicatrice déprimée qu'on peut constater aujourd'hui.

Plus de quatre mois se sont écoulés depuis l'acte opératoire et, comme on peut le constater, le malade se trouve dans d'excellentes conditions d'état général ; il a engraisé et a pu reprendre ses occupations sans éprouver aucune gêne lorsqu'il marche. Au point de vue local l'état n'est pas moins satisfaisant, puisque le malade n'éprouve aucune souffrance et qu'il peut retenir son urine jusqu'à 3 heures de suite. L'examen cystoscopique, pratiqué aujourd'hui même, nous a fait voir la cicatrice opératoire sans qu'il y ait trace de récurrence. Nous pouvons dire que le 6 juin 1893, c'est-à-dire 9 mois après l'opération, le malade se trouve dans un parfait état.

EXPERIENCES SUR LE CADAVRE

1^{re} EXPÉRIENCE.

Homme de 36 ans.

On fait une incision qui descend en bas jusqu'à la racine de la verge, et qui remonte en haut à trois travers de doigt au dessus de la symphyse. On divise les parties molles jusqu'à l'os, au devant du pubis. Sur la partie supérieure on coupe les diverses couches jusqu'à arriver sur la gaine postérieure des muscles droits. On sectionne ce feuillet et on constate que le cul-de-sac du péritoine arrive jusqu'au bord supérieur du pubis. On remplit alors la vessie et on voit, au fur et à mesure que la vessie se distend, le cul-de-sac remonter jusqu'à 6 centimètres au-dessus de ce bord.

La vessie dilatée, avec le doigt on décolle sa face antérieure et on glisse un écarteur derrière la symphyse jusqu'à son bord inférieur.

On commence la section du fibro cartilage de haut en bas et d'avant en arrière. Pour éviter de blesser la peau de la verge il faut l'abaisser avec l'aide d'un autre écarteur. La section se fait facilement pour les parties supérieures, elle devient pénible à la partie inférieure. On met les cuisses en flexion et on les écarte; l'articulation s'entr'ouvre légèrement à sa partie supérieure. On peut alors finir la section du ligament sous-pubien. En mettant les

cuisses en flexion et abduction on arrive facilement à un écartement de 35 millimètres. On peut alors voir toute la face antérieure de la vessie, de même que le col et l'urètre postérieur. La vessie présente une forme globuleuse dans la partie qui est au-dessus des pubis. Les ligaments pubo-prostatiques sont tendus. Au devant de l'urètre se trouve le plexus veineux de Santorini qui reçoit la veine dorsale de la verge. L'aponévrose moyenne est tendue entre les deux pubis écartés.

Ouvrant la vessie sur la ligne médiane on trouve la région du trigone qui est facilement accessible. On distend le rectum et on constate que le bas-fond et le trigone étant ainsi soulevés on les atteint avec plus de facilité encore. En ouvrant l'urètre prostatique on voit très bien le verumontanum.

On examine alors l'urètre membraneux et on constate qu'il est intact, qu'il n'a pas été lésé pendant l'opération. On découvre les articulations sacro-iliaques et on voit les ligaments antérieurs intacts. En approchant et en éloignant alternativement les pubis, le doigt étant au préalable placé sur l'interligne sacro-iliaque il est facile de se rendre compte de l'écartement qui se produit entre les surfaces articulaires. Cet écartement est d'ailleurs minime puisqu'il ne va pas jusqu'à provoquer la rupture des ligaments antérieurs.

Par contre si on augmente l'écartement jusqu'à 4 centimètres et demi les ligaments antérieurs se décollent en certains points; au dessus de cinq centimètres le décollement est complet et les articulations baillent en avant.

Hauteur des pubis, 45 millimètres. — Epaisseur, 24 millimètres.

II^e EXPÉRIENCE.

Homme de 54 ans.

Section des parties molles comme dans la précédente, seulement on avait distendu la vessie au préalable. On essaye de couper la symphyse avec le bistouri, ce qui devient si difficile, qu'on est obligé de finir cette section avec le ciseau et le maillet. La section finie, on obtient facilement par l'abduction des cuisses un écartement de quatre centimètres. La vessie est sectionnée, il devient alors facile de réséquer une partie du trigone. Comme lésions, nous avons blessé le plexus de Santorini, ce qui donna lieu à un léger écoulement de sang. L'urètre membraneux était intact. L'articulation sacro-iliaque droite ne présentait pas de lésions tandis que sur la gauche le ligament antérieur était légèrement décollé. Ici notre section de la symphyse avait été impossible avec le bistouri, ce qui était dû à ce que nous avions attaqué sur la limite latérale droite du fibro-cartilage.

Hauteur de la symphyse, 5 centimètres. — Epaisseur, 2 centimètres et demi.

III^e EXPÉRIENCE.

Homme de 59 ans.

Section des parties molles. Section du pubis très pénible. On ramène difficilement les cuisses dans la flexion, le cadavre étant en rigidité complète.

On écarte les cuisses et, même en forçant l'abduction, les pubis ne se séparent que de deux centimètres. On ap-

plique l'écarteur de M. Tuffier sans pouvoir en augmenter la distance.

En examinant les fibro-cartilages inter osseux, on constate l'existence de points très durs presque ossifiés. Nous n'avons pas pu examiner les symphyses sacro-iliaques, mais on constatait par le doigt appliqué sur elles, qu'on ne pouvait pas provoquer les mouvements de baillement qui existent lors de la section de la symphyse. Le bassin était symétrique, les articulations coxo-fémorales étaient libres dans leurs mouvements, et il n'y avait pas de déformations de la colonne vertébrale.

Hauteur de la symphyse, 4 cent. 1/2. Épaisseur, 2 cent. 1/2.

IV^e EXPÉRIENCE.

Homme de 74 ans.

Section des parties molles. Section facile de la symphyse. Écartement de 4 cent. 1/2. Col de la vessie à 30 millimètres en arrière de l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la symphyse.

Ouverture de la vessie. Le lobe moyen de la prostate fait une forte saillie sur la face postérieure du trigone et est très facilement abordable. Résection d'une partie de la face antérieure de la vessie.

Pas de lésions de l'urètre membraneux. Les ligaments antérieurs des articulations sacro-iliaques sont fortement tendus. En poussant l'écartement à 5 cent. 1/2, on décolle les ligaments sacro-iliaques antérieurs et on provoque une hémorragie veineuse par déchirure de l'aponévrose moyenne et du plexus de Santorini.

Hauteur de la symphyse, 5 cent. Épaisseur, 26 millimètres.

V^e EXPÉRIENCE.

Homme de 55 ans.

Écartement de 4 cent. 1/2. La vessie est en état de moyenne dilatation et on rencontre le péritoine à deux travers de doigt du bord supérieur du pubis. On le refoule avec le doigt.

Pas de lésions ni de l'urètre membraneux, ni des symphyse sacro-iliaques.

Hauteur de la symphyse, 5 cent. Épaisseur, 2 cent. 1/2.

VI^e EXPÉRIENCE.

Homme de 70 ans.

Écartement de 5 centimètres. La vessie est aisément abordable. Légère hémorrhagie du plexus de Santorini. Rien dans l'urètre membraneux. Léger décollement des ligaments sacro-iliaques antérieurs.

Hauteur de la symphyse, 4 cent. 1/2. Épaisseur, 2 centimètres 1/2.

VII^e EXPÉRIENCE.

Homme de 63 ans.

On fait l'écartement sans avoir sectionné complètement le ligament inférieur qui se rompt brusquement, provoquant un décollement des parties molles et une hémorrhagie du plexus de Santorini. L'écartement, dans ce cas, était arrivé à 6 centimètres. Un des ligaments sacro-iliaques

antérieurs était complètement décollé, l'autre était en partie conservé.

Hauteur de la symphyse, 4 cent; Épaisseur, 24 millimètres.

VIII^e EXPÉRIENCE.

Homme de 45 ans.

Écartement de 4 centimètres.

Pas de lésions.

IX^e EXPÉRIENCE.

Homme de 42 ans.

On fait la taille hypogastrique d'abord et on peut constater que la région retro-pubienne de la face antérieure est inabordable. On ouvre alors les symphyses et on écarte les pubis de 45 millimètres; la région du col devient aussitôt facilement accessible. Urètre membraneux intact.

Hauteur de la symphyse, 5 centimètres. Épaisseur, 2 centimètres 1/2.

X^e EXPÉRIENCE.

On fait la taille transversale, le cadavre étant placé dans la position de Morand-Trendelenbourg. La vessie est incisée transversalement, on voit mieux sa cavité, surtout pour la région du trigone, qu'avec la taille longitudinale. Pourtant, la partie rétro-pubienne est peu accessible; on fait alors la symphyséotomie avec écartement de quarante milli-

mètres et on constate que cette région n'est plus cachée et que la vessie est facilement abordable de dehors en dedans.

Hauteur de la symphyse. 5 centimètres. Epaisseur, 23 millimètres.

CONCLUSIONS

I. — La symphyséotomie est une opération possible chez l'homme où elle a été pratiquée avec succès.

II. — Elle présente l'avantage de donner un jour considérable et rend accessibles des portions de la vessie sur lesquelles on ne peut manœuvrer à l'aise avec les différentes variétés de taille hypogastrique.

III. — La symphyséotomie ne présente pas plus d'inconvénients chez l'homme que chez la femme, au point de vue de la démarche du malade.

IV. — C'est une opération plus grave que la taille longitudinale ou transversale parce qu'elle augmente le traumatisme opératoire et allonge la durée de la guérison, ainsi elle n'a que des indications restreintes exigées par les besoins de l'intervention.

V. — La symphyséotomie sera indiquée quand on sera obligé de faire des résections larges de la

partie inférieure de la vessie ou quand on voudra aborder la partie rétro-pubienne de la face antérieure de cet organe.

VI. — Dans ces cas elle aura les mêmes contre-indications que la cure radicale des tumeurs de la vessie étudiées par M. Albarran : Infiltration de la paroi, envahissement des ganglions, propagation aux organes voisins.

Vu : Le Président de la Thèse,

GUYON.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

